

## CHESS ONLINE

on Stakesin Terveystaloustieteen keskuksen julkaisema tiedotuslehti.

# CHESS ONLINE

2 • 2008



kuva: Antero Aaltonen

## PÄÄKIRJOITUS

Markku Pekurinen  
tutkimusprofessori  
markku.pekurinen@stakes.fi

## Uusi laitos— uudet aiheet?

■ Vuoden vaihteessa käynnistyvän Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen myötä CHESSin tutkimuskohde laajenee palveluista ennaltaehkäisyyn ja hyvinvoinnin edistämisen taloudellisiin kysymyksiin. Myös sosiaalitaloudelliselle tutkimukselle on uudessa laitoksessa melkoisia odotuksia.

CHESSin tehtävänä on koko olemassa olonsa ajan ollut tuottaa päätöksenteon tueksi tutkittua tietoa terveystaloudellisesti merkittävistä talouskysymyksistä. Viimeksi on tutkittu valtionosuuden määrätymisperusteita, kunnallisen ja sairausvakuutuksen maksukattojen yhdistämismahdollisuuksia, hoitotakuun taloutta, palvelusetelin toteutusta, miesten ja naisten terveismenoja sekä terveismenojen kehitykseen vaikuttaneita tekijöitä.

PERFECT -hanke on tuottanut kansainvälisestikin ainutlaatuista rekisteriaineistoihin perustuvaa tietoa eräiden keskeisten sairauksien hoidon kustannus-vaikuttavuudesta normaaleissa hoito-olosuhteissa. Benchmarking -hanke on tuottanut vertailutietoa sairaaloiden tuottavuudesta ja monesta muusta asiasta. RAI -hanke on tarjonnut kunnille vertailuvälineitä ikäihmisten hoidon ja hoivan kehittämiseen.

Myös uudessa laitoksessa tutkitun tiedon tuottaminen päätöksenteon tueksi pysyy vahvana terveystaloustieteen näkökulmana.

Tulevaisuutta on vaikea ennustaa, jotakin voi kuitenkin arvailla. Kustannus-vaikuttavuus teema saattaa nousta nykyistä keskeisemmäksi, ja tutkimuksen painopiste muuttua. Siirrytään menetelmien kehittämisestä tutkimaan erityisesti sitä, miten terveystaloudellisia keinoja voidaan parantaa palvelujärjestelmän toimivuutta ja kustannus-vaikuttavuutta.

Sosiaali- ja terveyspalvelumenojen tutkimusta voi veikata myös uuden laitoksen kestoiteemaksi. Tosin painotukset muuttunevat tutkimuksen suuntautuesssa vahvemmin palvelujen rahoitus- ja järjestämisvaihtoehtojen analyysiin.

Väestön arvostusten tutkimus saattaa olla yksi uusi innovatiivinen tulevaisuuden tutkimusalue. Terveiden ja hyvinvoinnin yhteiskunnallinen arvo on kankea ilmaisu yritykselle tutkia, mitä ja kuinka paljon väestö arvostaa tehtyjä, käynnissä olevia ja tulevien terveystaloudellisten uudistusten hyvinvointivaikutuksia. Uudistusehdotusten etukäteisarvioiteja on myös mahdollista toteuttaa nojaamalla väestön preferensseihin.

Hoidon ja hoivan taloudellinen arviointi tarvitsee paitsi laadukasta vaikuttavuustietoa, myös ensiluokkaista kustannustietoa. Sama tietovaatimus koskee ehkäisevää ja edistävää toimintaa. Taloudellisen arvioinnin tietopohjan parantaminen on luultavasti yksi terveystaloudelliselle osastomieliselle asetettava odotus uudessa laitoksessa.

Odotuksia taloudellisen tutkimuksen vahvistamiseen uudessa laitoksessa on runsaasti, nyt tarvitaan vain lisää osaavia tekijöitä, riittävää rahoitusta ja toimivaa yhteistyötä yhteistyökumppaneiden kanssa. ■



kuva: Antero Aaltonen

## CHESS ONLINE 2 • 2008

2. Stakesin ylijohtaja Jussi Simpura:  
**CHESSin ja VATTin yhteistyölle on yhteiskunnallinen tilaus**  
Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen ylijohtaja Seija Ilmakunnas:  
**Ajankohtaiset uudistukset työllistävät VATTin henkilöstöä**  
Timo Hujanen
4. **HUS panosti sydän- ja verenkiertoelinpotilaiden avohoitoon ja säästi**  
Kirsi Vitikainen
5. **Lääkäripalvelujen ulkoistaminen tuli jäädäkseen**  
Hennamari Mikkola
6. **Naisten terveismenot reilun kolmanneksen suuremmat kuin miesten**  
Timo Hujanen
7. **Mitä enemmän potilasvahinkoilmoituksia**  
sitä enemmän korvattavia tapauksia  
Jutta Järvelin
8. **Avo- ja laitoshoidon suhde vanhustenhuollossa**  
Anja Noro
9. **Vanhuspalvelut tuotettava yksilökeskeisesti ja tehokkaasti**  
Harriet Finne-Soveri
10. **Hoitotakuusta 3 vuotta – leikkausmäärien kasvu pysähtynyt**  
Hennamari Mikkola ja Mikko Peltola
11. **Julkiselle vai yksityiselle? Palvelusetelillä lisää hyvinvointia**  
Timo Seppälä
12. **Maksukattojen yhdistämisestä apua kohtuuttomiin maksutaakkoihin**  
Satu Kapiainen ja Hennamari Mikkola
13. **Korkean työllisyyden kunnat panostavat terveydenhuoltoon**  
– köyhät kunnat karsivat menoja  
Lien Nguyen
14. **Uusilla tarvetekijöillä lisää luotettavuutta**  
alueellisiin menovertailuihin  
Mikko Peltola
15. **Uusia julkaisuja**  
**CHESS kansainvälisissä kongresseissa 2008**
16. **Terveidenhuoltoalue voi hillitä kuntien terveismenojen kasvua**  
Maija-Liisa Junnila

teksti: Timo Hujanen

Haastateltavina Stakesin  
ylijohtaja Jussi Simpura ja  
Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen  
ylijohtaja Seija Ilmakunnas

**Alan osaajien  
verkostoituminen on  
edelleen kova sana  
yhteisen ymmärryksen  
lisäämiseksi.”**



kuva: Antero Aaltonen

## CHESSin ja VATTin yhteistyölle yhteiskunnallinen tilaus

– *Uutta Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta valmisteltaessa on toistuvasti korostettu, miten keskeinen CHESSin toimintakenttä on koko uuden laitoksen kannalta. Odotukset ovat kovat, kun tarvitaan tietoa kustannusvaikuttavuudesta ja palvelujärjestelmän suorituskyvystä. Tällä tutkimuksella on oltava vahva keskitetty kotipesä ja kumppaneita laitoksen muilla toimialoilla, vastaa ylijohtaja Jussi Simpura kysymykseen CHESSin tulevaisuudesta.*

Stakesin edelliset pääjohtajat **Vappu Taipale** ja **Matti Heikkilä** pitivät terveystaloustieteen roolia terveydenhuollon taloudellisessa arvioinnissa hyvin merkittävänä. Ylijohtaja Simpuran mukaan tähän ei ole tulossa muutosta, päinvastoin.

– Keskeistä on vahvistaa terveystaloustutkimuksen vakinaisten työntekijöiden määrää. Nyt merkittävä osa näistä resursseista on ulkopuolisella rahoituksella ja vakinaisten osuus on varsin pieni. Jos terveystaloudessa saadaan pienikin vahvennus, on se askel eteenpäin, uskoo Simpura.

Vuoden vaihteessa syntyvän uuden Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen 1 400 henkilön väestö on terveystaloustieteen osaajia melko vähän. Uuden laitoksen työskana on kuitenkin laaja terveydenhuollon ja hyvinvoinnin muo-

dostama kokonaisuus, jossa terveydenhuollolla ja terveyspalveluilla on iso merkitys.

Kun taloudellisen tutkimuksen tekijöitä on harvassa, on keskitettävä voimia.

– Voimavaroja tulisi kohdentaa kustannusvaikuttavuustutkimukseen ja kuntakenttään, jossa on käynnissä paljon muutoksia. Lisäksi on monia muita järjestelmä- ja politiikkatason talouskysymyksiä kuten sosiaali- ja terveysmenojen kokonaisuuteen liittyvät tutkimukset sekä palvelujen hyvinvointivaikuttavuus- ja tehokkuusarvioinnit. Alan osaajien verkostoituminen on edelleen kova sana yhteisen ymmärryksen lisäämiseksi.

### CHESS on houkutteleva kumppani

Simpuran mukaan on aikaista sanoa miten taloudellinen tutkimus asettuu uusiinsa uu-

deda laitoksessa. Ainakin CHESSin ja VATTin yhteistyötä tarkastellaan laajemmin kuin aikaisemmin. Sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi myös valtionvarainministeriö on kiinnostunut hyvinvointipalveluiden tutkimuksesta.

– Ministeriöiden kiinnostuksen lisäksi CHESSin ja VATTin yhteistyön oletetaan tiivistyvän, kun laitokset osallistuvat sektoritutkimuksen uudistamisen yhteistyöhön. Laitokset muodostavat konsortioita tehdäkseen yhteisiä hanke-ehdotuksia ministeriöiden keskenään neuvottelemiin keskeisiin tutkimusaiheisiin. Yksittäisissä hankkeissa ne ovat kumppaneita ja uudessa tilanteessa konsortiopartnereita. Ensi vuonna laaditaan yhteistyöohjelma, jonka mukainen toiminta alkaisi 2010.

– CHESSin yksi vahvuus on olla organisatorisesti lähellä rekisteriaineistoja ja osaltaan se pystyy vaikuttamaan niiden syntyyn ja kehitykseen. On tärkeää, että aineistojen lähellä on henkilöitä, joilla on tutkimusosaamista. Myös tämä tekee CHESSin houkuttelevaksi yhteistyökumppaniksi.

– Uuden laitoksen myötä menettelyt tietovarantojen hyödyntämiseksi eivät ole muuttumassa. Monella tutkijataholla on toiveita, että menettelyt tietojen käyttöönsaamiseksi voisivat keventyä, mutta sitä ei voi tapahtua yhden laitoksen menettelyllä vaan yhteisellä päätöksellä, kokonaissäädöstä kehittämällä, sanoo Simpura. ■





## Ajankohtaiset uudistukset työllistävät VATTin henkilöstöä

*– Taloudelliselle arviointitutkimukselle on kova kysyntä johtuen erilaisista tuottavuustavoitteista. Isoja yhteiskunnallisia uudistuksia kuten PARAS-hanketta pitäisi arvioida monesta eri näkökulmasta, ei pelkästään tuottavuuden vaan myös hyvinvoinnin ja tulonjaon suhteen. Toivottavasti CHESSin ja VATTin yhteistyö vahvistuu uuden laitoksen myötä, sanoo ylijohaja Seija Ilmakunnas.*

Seija Ilmakunnaksen mukaan VATTissa törmätään usein siihen, että tutkimuksen kysyntä ylittää käytössä olevat voimavarat. On entistä tärkeämpää syventää tutkimusyhteistyötä ja koordinoita tekemisiä. Valtionvarainministeriö on kiinnostunut aiempaa enemmän hyvinvointipalveluiden tutkimisesta, koska kunta-asioita on siirretty ministeriöön. VATT kuuluu valtiovarainministeriön siipien suojaan ja CHESS jatkaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisessa uudessa Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksessa.

– Ministeriöiden kiinnostus hyvinvointipalveluiden arviointiin on hieman erilainen, mutta monessa suhteessa tiedon intressi on sama. On järkevää, että tutkimuslaitokset tekevät entistä enemmän yhteistyötä yli hallinnon rajojen ja ideoivat yhdessä mitä tietoa olisi tutkimuksen turvin saatavissa. Palvelutuotannon

kehittämiseen liittyvälle tiedolle on tarvetta ja yhteiskunnallinen tilaus, uskoo Ilmakunnas.

– Palveluiden tuottamisen kirjo laajenee entisestään ja tavat tuottaa palveluita monipuolistuvat. Nyt on nähtävä miten hyvinvointipalveluiden markkinat toimivat kokonaisuutena ja tehtävä konkreettisiin uudistuksiin liittyvää koavaa tutkimusta. On tutkittava miten uudistukset ovat vaikuttaneet tai miten valmisteilla olevien uudistusten ennakoita vaikuttavan, myös pidemmällä aikavälillä. Yleisesti on syytä seurata myös hyvinvointi- ja terveyserojen kehitymistä, tiivistää Ilmakunnas.

### CHESSillä ja VATTilla omat vahvuudet

Aiemmin CHESSin ja VATTin yhteistyö on perustunut yksittäisiin hankkeisiin ja joidenkin tutkijoiden keskinäiseen yhteistyöhön. Ilmakunnaksen mukaan tulevaisuudessa yhteistyö-

**Kun erilaiset vahvuudet tuodaan yhteen, on kokonaisuus enemmän kuin osiensa summa.”**

tä halutaan katsoa laaja-alaisemmin. Valtionosuusuudistus on nykyisistä yhteishankkeista tärkeimpiä.

– Kun erilaiset vahvuudet tuodaan yhteen, on kokonaisuus enemmän kuin osiensa summa. CHESSillä on erityistä toimialantuntemusta, terveystaloustieteen osaamista ja hyvät verkostot terveydenhuollon ammattilaisiin. VATTilla on laajaa osaamista muun muassa hyvinvointimarkkinoiden taloustieteellisellä osa-alueella. Kuntatalous on kasvava painopistealueemme ja voimme arvioida palveluiden tuotantoa koko kuntatalouden näkökulmasta. VATTissa on panostettu menetelmäosaamiseen ja siihen, miten erilaisia uudistuksia arvioidaan tilastollisten mallien avulla, sanoo Ilmakunnas.

– Lisäksi meillä täällä Economicumissa (VATTin toimipaikka) on kolme taloustieteen laitosta, ja tutkimuksiin on mahdollista ottaa mukaan puhdasta akateemista tutkimusta ja linkittää työ muuhun taloustieteelliseen tutkimukseen.

### Yksilötason aineistoja enemmän käyttöön

– Tutkijoiden näkökulmasta voi olla raastavaa, että hyvän tutkimuksen tekemiseksi tarvittava tieto on rekistereissä, mutta tätä tietoa ei ole saatavissa käyttöön. Tietoja koskevassa päätöksenteossa olisi ymmärrettävä, että tutkimuksessa tarvitaan nyt yksilö- tai yksikkötason tietoja. Monesti kuntatason tiedoissa ei päästä syy- ja seurausanalyysiin. Näitä tietoja päätöksentekijä oikeasti tarvitsee, jotta hänellä olisi luotettavaa tietoa uudistuksen vaikutuksista.

– Rekisterien ylläpitäjien kannalta on työlästä ja aikaa vievää räätälöidä tutkimusaineistoja. Nyt olisi tultava korkean tason viestejä, että on tärkeää saada rekistereiden tiedot tutkimuskäyttöön. Olisi varattava resursseja siihen, että jo kerätyt tiedot voidaan jatkojalostaa. Rekistereitä ylläpitäviä laitoksia olisi tulostavoitteena jättää siihen, että tutkimusaineistojen tuottaminen on tärkeä tulostavoite. Kun tämä tavoite tehdään näkyväksi mittariksi, saadaan siihen omat resurssinsa, ehdottaa Ilmakunnas. ■

*Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) sydän- ja verenkiertoelinsairauksien hoidossa siirryttiin vuosina 2003–2006 merkittävästi vuodeosastohoidosta avohoitoon. Tämän ansiosta hoitokustannukset vähenivät kolmella miljoonalla eurolla. Vuonna 2006 hoitokustannukset olivat lähes 113 miljoonaa euroa eli noin 12 prosenttia HUS:n potilashoidon kokonaiskustannuksista.*

## HUS panosti sydän- ja verenkiertoelinpotilaiden avohoitoon ja säästi



Sydän- ja verenkiertoelinsairaudet ovat merkittäviä kansansairauksia, joiden hoitokustannuksista aiheutuu yhteiskunnalle suuri taakka. Hoidon painopisteen siirtäminen vuodeosastohoidosta avohoitoon on nähty yhdeksi keskeiseksi keinoksi hillitä hoitokustannusten kasvua, ja se on tuottanut tulosta.

Kustannuksia saatiin neljän vuoden aikana vähennettyä lähes 2,7 prosenttia kasvaneesta potilasmäärästä huolimatta (kuvio). Avohoidossa potilasmäärä kasvoi 12,9 prosenttia ja

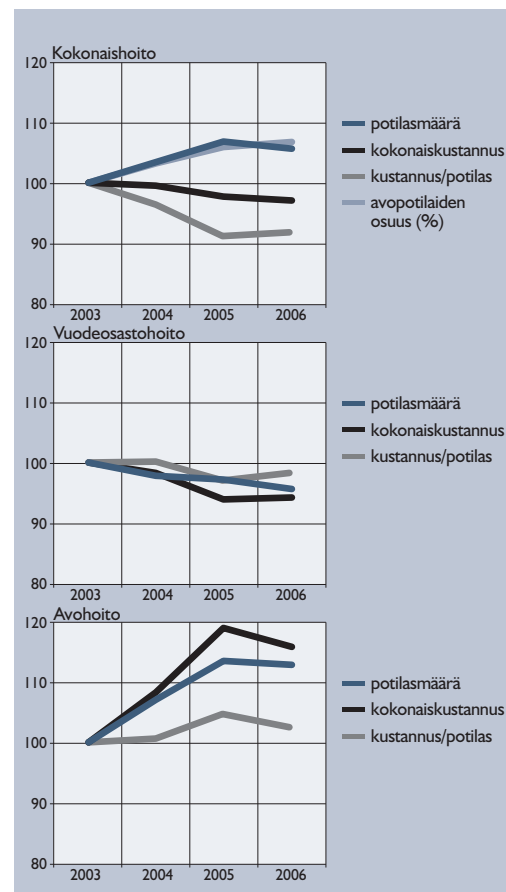
samaan aikaan väheni vuodeosastohoidossa 4,6 prosenttia. Vuonna 2006 avohoitopotilaiden osuus kaikista oli 63,2 prosenttia, mikä oli neljä prosenttiyksikköä enemmän kuin vuonna 2003. Potilaskohtainen hoitokustannus pysyi sekä vuodeosasto- että avohoidossa lähes ennallaan, tai jopa laski vaikka hoidettujen potilaiden vaikeusaste kasvoi huomattavasti. Kaiken kaikkiaan sydän- ja verenkiertoelinpotilaiden hoidon keskimääräistä kustannusta onnistuttiin laskemaan kahdeksan prosenttia.

Sydän- ja verenkiertoelinpotilaiden hoidon kustannuksissa tapahtui suurempi muutos kuin somaattisissa sairauksissa keskimäärin. Somaattisten sairauksien potilaskohtaiset hoitokustannukset laskivat vuosina 2003–2006 keskimäärin 2,2 prosenttia. Kun hoidettujen potilaiden määrä kasvoi samana ajankohtana nopeammin kuin yksikkökustannukset laski-



Kirsi Vitikainen,  
tutkija, CHES

**Sydän ja verenkiertoelinsairauksien kustannusten ja potilaiden määrän kehitys vuosina 2003–2006; indeksi, vuosi 2003 = 100.**







kuva: Heidi Korsman-Hirvonen

vat, hoidon kokonaiskustannukset kasvoivat.

Sydän- ja verenkiertoelinsairauksien hoidossa avohoidon osuus oli vuonna 2003 vähäisempi kuin yleensä somaattisissa sairauksissa, minkä johdosta avohoitoa oli mahdollista lisätä keskimääräistä enemmän. Somaattisista potilaista hoidettiin vuonna 2003 keskimäärin 69,5 prosenttia avohoidossa ja vuoteen 2006 mennessä tämä osuus oli lisääntynyt 1,2 prosenttiyksikköä. ■

## NÄIN TUTKIMUS TEHTIIN:

- aineistona käytettiin HUS:n sairaaloiden potilaskohtaisia kustannustietoja sekä vuodeosasto- ja avohoidon (päiväkirurginen ja polikliininen hoito) käyttötietoja
- tietolähteenä käytettiin Stakesin ja sairaanhoitopiirien Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus (nk. benchmarking) -hankkeessa kerättyä aineistoa
- eri vuosien kustannusten vertailussa käytettiin vuoden 2005 rahassa mitattuja kustannuksia; kustannukset deflatoitiin Tilastokeskuksen julkisen terveydenhuollon hintaindeksillä.

*Yli 80 prosenttia kunnallisen avoterveydenhuollon tuottajista uskoo lääkäripalvelujen ulkoistamisen olevan varteenotettava vaihtoehto myös tulevaisuudessa, vaikka valtaosalle on aiheutunut ulkoistamisesta lisäkustannuksia. Suurin osa tuoreeseen kyselytutkimukseen vastanneista arvioi kilpailun toimivan kohtuullisesti, mutta vain kolmanneksen mielestä kilpailutus laski päivystyspalveluiden hintoja. Yli puolet arvioi, ettei kilpailutus vaikuta enää hintoihin.*

# Lääkäripalvelujen ulkoistaminen tuli jäädäkseen

CHESSissä on seurattu lääkäripalvelujen ulkoistamista ja kilpailutusprosesseja vuodesta 2004 lähtien. Monipuolinen tutkimusaineisto on koottu kilpailutusasiakirjoista, haastattelemalla alan toimijoita ja viimeksi johtaville lääkäreille suunnatulla kyselytutkimuksella. Tällä hetkellä lääkäripalveluja kunnille myy viisi kasvavaa yritystä ja muutama yksittäisiä lääkäreitä välittävä pienempi yritys. Vuonna 2007 alan liikevaihto oli kasvanut 120 miljoonaan euroon, kun se neljä vuotta aikaisemmin oli noin 20 miljoonaa euroa.

Päivystykseen käytetyillä työtunneilla arvioituna lääkäripäivystyksistä on ulkoistettu jo yli 60 prosenttia. Yritysten mukaan kovinta kilpailua käydään parhaillaan kokonaisten terveysasemien ulkoistuksista. Nyt ulkoistettuja terveysasemia on 27 eri puolilla Suomea ja ne tuottavat palveluita yli 300 000 asukkaalle ja vuoden 2009 loppuun mennessä mahdollisesti jopa yli 500 000 asukkaalle. Tieto perustuu yritysten arvioihin nykyisistä ja tulevista kilpailutuksista. Viime aikoina alan yritykset ovat selkeästi laajentaneet toimintaansa ikääntyneiden palveluihin ja investoineet muun muassa palvelutaloihin.

## Kilpailutus on työlästä – mutta johtaa usein oman toiminnan arviointiin

Yli 70 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että kilpailu toimii hyvin tai jonkin verran sekä päivälääkäri- että päivystyspalveluissa. Päivystyspalveluissa kilpailun arvioitiin toimivan hieman paremmin kuin päivälääkäripalveluissa.

Kyselyyn vastanneet pitivät melko yksimielisesti kilpailutusta työläänä. Toisaalta yli 60 prosenttia vastaajista arvioi kilpailutuksen johtaneen oman toiminnan arviointiin ja lähes 80 prosenttia arvioi oman organisaation kilpailutusosaamisen kasvaneen. Lähes puolet kyselyyn vastanneista oli osallistunut kilpailutusprosessien hallintaan liittyvään koulutukseen. ■

**Vuoden 2008 aikana käynnissä olevaan** lääkäripalvelujen kilpailutusprosesseja koskevaan kyselyyn on tähän mennessä vastannut yli 100 organisaatiota. Kysely suunnattiin terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien johtaville lääkäreille tai vastaaville henkilöille, jotka olivat osallistuneet kilpailutusprosessien toteutukseen. Lähes 90 prosenttia vastaajista oli ostanut avoterveydenhuollon palveluita yrityksiltä.



Hennamari Mikkola,  
tutkimuspäällikkö,  
CHESS

# Naisten terveysmenot

## reilun kolmanneksen suuremmat kuin miesten

*Terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenoista kohdistuu naisten hoitoon ja hoivaan 39 prosenttia enemmän kuin miesten. Aivan pienimpiä lapsia lukuun ottamatta asukaskohtaiset menot kasvavat iän myötä. CHESSin tuoreessa tutkimuksessa arvioidaan 14 miljardin euron kokonaismenojen jakautuminen eri-ikäisten miesten ja naisten kesken. Tietoja hyödynnetään arvioitaessa hoito- ja hoivamenojen kehitystä vuoteen 2040.*

Kaikistamenoistaylipuoletkohdistuu 60 vuotta täyttäneiden hoitoon (Kuvio 1). Naisten osuus kokonaismenoista on yli 58 prosenttia eli suurempi kuin naisten osuus väestöstä. Ikäryhmittäisiä kokonaismenoja selittää muun muassa ikäryhmien koko, erityisesti sodan jälkeen syntyneiden suurten ikäluokkien kohdalla. Naisia on miehiä enemmän kaikissa 58 vuotta täyttäneissä ikäryhmissä sekä 52-, 53- ja 56-vuotiaissa, mikä selittää osan miesten ja naisten kokonaismenojen eroista.

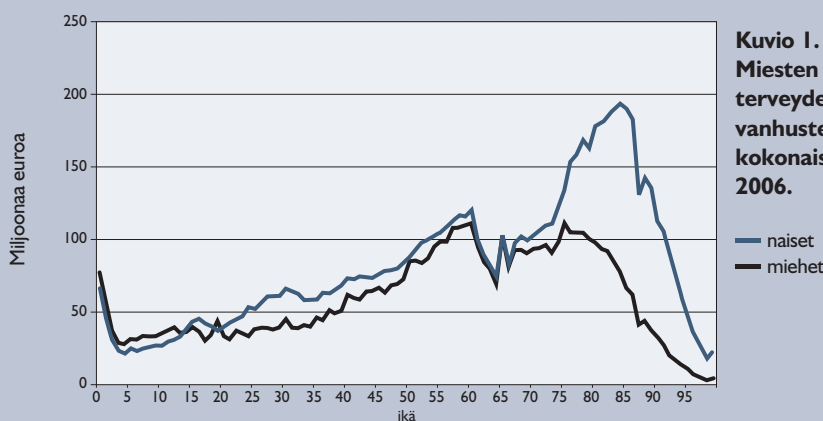
Pääsääntöisesti asukaskohtaiset menot kasvavat iän karttuessa (Kuvio 2). Poikkeuksena 0–2-vuotiaat, joiden keskimääräiset menot ovat kaksinkertaiset verrattuna 3–6-vuotiaisiin. Korkeimmat asukaskohtaiset menot ovat 85 vuotta täyttäneillä, joiden osuus kokonaismenoista on reilut 12 prosenttia. 85 vuotta täyttäneiden menot ovat kahdeksan kertaa korkeammat ja 75–84-vuotta täyttäneiden lähes neljä kertaa korkeammat kuin 41–64-vuotiailla.

### Naisten ja miesten menojen eroille useita syitä

Ainoastaan 0–13-vuotiaiden poikien, 19-, 62–77- ja 79-vuotiaiden miesten hoito- ja hoivamenot asukasta kohti (Kuvio 2) ovat suuremmat kuin vastaavanikäisten tyttöjen ja naisten menot, muutoin naisten menot ovat kaikissa ikäryhmissä suurempia kuin miesten menot.

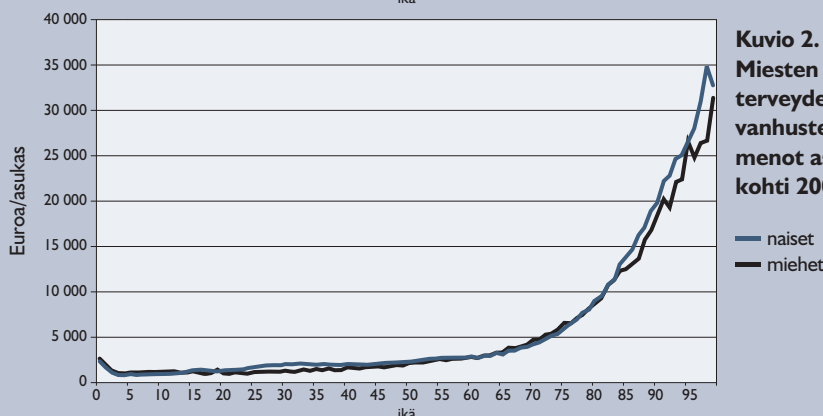
Selityksiä miesten ja naisten asukaskohtaisten menojen eroille on useita. Pojilla voi olla suurempi alttius sairastua tiettyihin sairauksiin jo fysiologisista eroista johtuen. 18–40-vuotiaiden naisten avohoidon menot ovat kaksinkertaiset miesten menoihin verrattuna muun muassa lisääntymisterveydestä, raskaudesta ja synnytyksistä johtuen. Poikkeuksena ovat 19-vuotiaat miehet, jotka varusmiespalveluksen myötä käyttävät palveluja.

Noin 65 vuotta täyttäneiden miesten somaattisen erikoissairaanhoitoon menot asukasta kohti ovat reilun viidenneksen korkeammat kuin naisten menot. Miehet kuolevat naisia nuorempina, mutta pidempään elävät miehet käyttävät naisia vähemmän palveluita. Osa sukupuolten välisistä eroista voi selittyä sillä, etteivät miehet hakeudu hoitoon ajoissa ja sitten kun hakeutuvat, voi olla jo liian myöhäistä. ■



**Kuvio 1.**  
Miesten ja naisten terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot 2006.

— naiset  
— miehet



**Kuvio 2.**  
Miesten ja naisten terveyden- ja vanhustenhuollon menot asukasta kohti 2006.

— naiset  
— miehet

Hujanen Timo, Peltola Mikko, Häkkinen Unto, Pekurinen Markku.  
Miesten ja naisten terveysmenot 2006.  
Stakes Työpapereita 37/2008. Helsinki.  
Saatavilla marraskuussa  
<http://groups.stakes.fi/CHESS/FI/tilastotuotteet/index.htm>.

Timo Hujanen,  
tutkija, CHES



**CHES**Sissä arvioitiin terveyden- ja vanhustenhuollon menojen jakautumisen 0–99-vuotiaille miehille ja naisille vuonna 2006. Terveysmenot perustuvat pääosin OECD:n terveystilipidon SHA (System of Health Accounts) -kehikoon (Moilanen ym. 2008). Noin 13,6 miljardin terveystilipidon jätettiin pois sellaisia hallinto- ja investointimenoja, joita ei voida kohdistaa eri-ikäisille. Arvioitiin terveystilipidon lisäisiin ikääntyneiden hoivapalveluiden, kuten kotipalveluiden, palveluasumisen ja omaishoidontuen menoja.

Menokäsitteenä oli palvelun tuottamisen kokonaiskustannus, joka sisältää myös asiakas- ja toimistomaksut.

Menojen jakautuminen arvioitiin pääasiassa palveluiden käytön ja yksikkökustannusten avulla. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon suoritteet saatiin Hoitoilmoitusrekisteristä. Perusterveydenhuollon avohoidon tietojen arvioinnin varten oli käytössä laaja 1,6 miljoonan asukkaan yksilötason aineisto.

Yksikkökustannuksina käytettiin yksikkökustannusraportin tietoja (Hujanen ym. 2008). Kelan sairaanhoitokorvausrekisteristä saatiin sairausvakuutusmenojakaumat suoraan eri-ikäisille miehille ja naisille. Kaikista palveluista ei ollut saatavissa käyttö- tai menotietoja, jolloin menojakaumien arvioinnissa käytettiin parhaita saatavissa olevia tietoja.

Tutkimusta rahoitettiin valtioneuvoston kanslian ikääntymispolitiikkaa selittävistä hankkeista. ■

Hujanen T, Kapiainen S, Tuominen U, Pekurinen M. *Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006*. Stakes Työpapereita 3/2008. Helsinki.

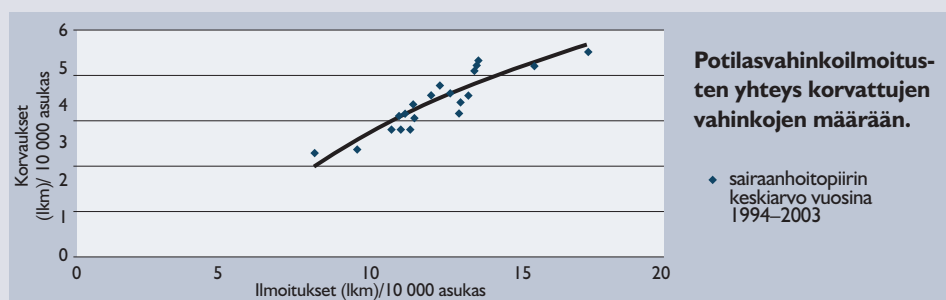
Saatavilla <http://groups.stakes.fi/CHES/FI/tilastotuotteet/index.htm>.

Moilanen J, Knape N, Häkkinen U, Hujanen T, Matveinen P. *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 1995–2005*.

OECD:n terveystilipidoinjärjestelmän (SHA, System of Health Accounts) käyttöönotto kansallisessa tilastoinnissa. Loppuraportti. Stakes Raportteja 16/2008. Helsinki.

## Mitä enemmän potilasvahinkoilmoituksia sitä enemmän korvattavia tapauksia

*Mitä enemmän potilasvahinkoilmoituksia tehdään sitä enemmän korvattavia vahinkoja tulee ilmi. Sairaanhoitopiirin kokonaiskustannukset tai henkilöstön määrä eivät ole suoraan yhteydessä potilasvahinkoilmoituksiin tai -korvauksiin.*



Suomessa potilaat voivat hakea korvausta Potilasvakuutuskeskukselta mikäli epäilevät hoidossaan tapahtuneen hoitovirheen. Potilasvakuutuskeskus päättää vahingon korvattavuudesta potilasvahinkolain perusteella. Vuosittain noin kolmannes Potilasvakuutuskeskukselle tehdyistä vahinkoilmoituksista johtaa korvaukseen. CHES

Sissä käynnissä olevan tutkimuksen mukaan vahinkoilmoitusten määrän kasvaessa myös korvattavien vahinkojen määrä kasvaa. Terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä on eroja siinä, kuinka paljon potilaat tekevät ilmoituksia annetusta hoidosta. Esimerkiksi julkista terveydenhoitoa koskevien vahinkoilmoitusten määrät ovat viime vuosina vaihdelleet sairaanhoitopiireittäin yli kaksinkertaisesti. Yleisesti näyttää siltä, että mitä enemmän potilaat tekevät ilmoituksia sairaanhoitopiiristä sitä enemmän kyseisessä piirissä tulee ilmi korvattavia vahinkoja (kuvio). Vahinkoilmoitusten määrän kasvaessa potilaan todennäköisyys saada korvausta kuitenkin pienenee koko ajan. Tämä viittaa kenties siihen, että ilmoitusten määrän kasvaessa tehdyt ilmoitukset sisältävät enemmän vähäpätöisempiä vahinkoja.

Tutkimuksemme alustavien tulosten mukaan potilasvahinkoilmoitusten ja -korvausten lukumäärä on yhteydessä hoitajaksojen määrään, toisin sanoen, sairaanhoitopiirin hoitajaksojen määrän kasvaessa myös potilasvahinkoilmoitusten ja -korvausten määrä kasvaa. Sen sijaan esimerkiksi sairaanhoito-

piirin kokonaiskustannukset tai henkilöstön määrä eivät näytä suoraan vaikuttavan potilasvahinkoihin.

Potilasvakuutuskeskukselle tehdyt ilmoitukset muodostavat todennäköisesti vain pienen osan kaikista terveydenhuollon es-tettävissä olevista haittatapahtumista. Ulko-maisten tutkimusten mukaan potilaat tekevät kantelun tai korvaushakemuksen vain muutamasta prosentista kaikista es-tettävissä olevista haittatapahtumista ja valtaosa haittatapahtumista joko jää kokonaan huomaamatta tai potilaat eivät syystä tai toisesta halua niistä valittaa. Hoidon laadun ja vahinkoilmoitusten välisestä suhteesta ei kuitenkaan ole riittävästi tutkimustietoa. Toimintayksiköitä ei siis voi leimata nykytiedon perusteella ”hyviksi” tai ”huonoiksi”. Tästä huolimatta vahinkoilmoitukset ja -korvaukset voivat olla viite hoitoprosessien ongelmasta ja auttaa paikantamaan kohteita, joihin kehittämistoimenpiteet kannattaa kohdentaa. ■

CHESin potilasvahinkoja koskeva tutkimus oli esillä Pohjoismaiden ja Iso-Britannian terveystaloustieteilijöiden elokuussa Aberdeenissa järjestetyssä kokouksessa ja se muodostaa osan Jutta Järvelin väitöskirjatyötä. Siinä selvitetään vahinkoilmoituksiin ja -korvauksiin vaikuttavia tekijöitä useasta näkökulmasta.



Jutta Järvelin,  
tutkija, CHES



*Väestömme ikääntyy. Jo vuodesta 2010 alkaen 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä kasvaa ja kasvu kiihtyy seuraavina vuosikymmeninä etenkin vanhimmissa ikäryhmissä. Myös palvelujen tarve tulee lisääntymään ja muuttumaan. Vanhuspoliittisina tavoitteina on ollut vähentää pitkäaikaista laitoshoidoa sekä edistää kotona asumista mahdollisimman pitkään. Tämä politiikka näkyy palvelujen käyttösuuksissa.*



kuva: Reijo Hietanen

## Avo- ja laitoshoidon suhde vanhustenhuollossa



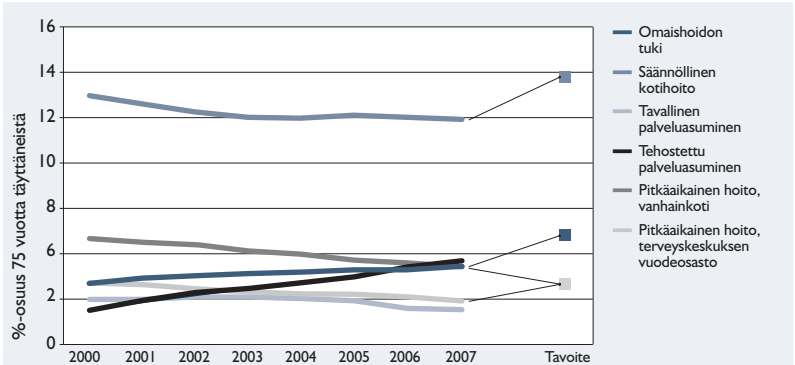
Anja Noro, THT, dosentti, tutkimuspäällikkö, CHES

Säännöllisen kotihoidon osuus 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä on laskenut 11 prosenttiin, kun valtakunnallinen tavoitetaso on 13–14 prosenttia (Kuvio 1). Omaishoidon tuen asiakkaiden osuus on lisääntynyt neljään prosenttiin (tavoite 5–6 %). Tavallisen palveluasumisen osuus on laskenut ja tehostetun palveluasumisen osuus on lisääntynyt neljään prosenttiin (tavoite 5–6 %). Pitkäaikaisen hoidon osuus sekä vanhainkodeissa että terveyskeskusten vuodeosastoilla on vähentynyt noin 6,2 prosenttiin, mutta kolmen prosentin tavoitetasoon on vielä matkaa.

**Nykyisin ikääntyneille kohdennetut sosiaali- ja terveyspalvelut jakautuvat avo- ja laitoshoidon palveluihin. Avohoito sisältää omaishoidon tuen, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun sekä palveluasumisen. Laitoshoidon sisältyy pitkäaikainen hoito vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Ikääntyneet käyttävät myös runsaasti akuuttisairaanhoidon. Avo- ja laitoshoidon määrätelmällisesti erottaa sijoittuminen sosiaali- ja terveydenhuoltoon, erilainen lainsäädäntö ja erilaiset tuki- ja maksujärjestelmät.**

RAI-tietokanta kattaa viidenneksen koko maan kotihoidon asiakkaista, kymmenesosan palveluasumisen asiakkaista ja kolmanneksen laitoshoidon pitkäaikaishoidettavista asiakkaista.

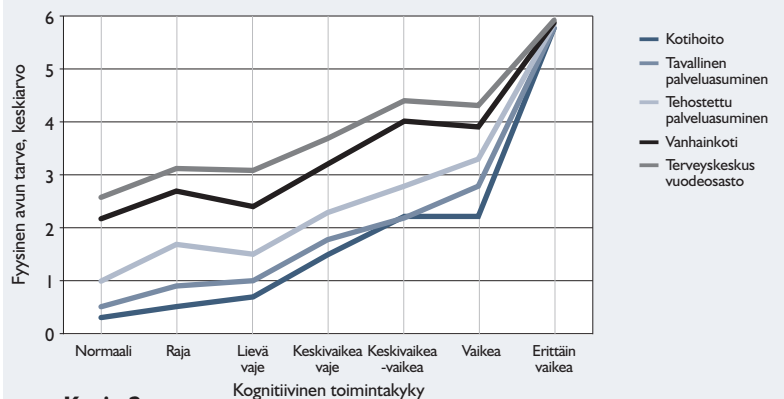
Lisätietoa: <http://info.stakes.fi/finrai>



Kuvio 1.

75 vuotta täyttäneet palveluiden piirissä, osuus ikäryhmästä %.

Lähde: Indikaattoripankki SOTKANet, Stakes 2008.



Kuvio 2.

Fyysisen avun tarpeen keskiarvot (0=itsenäinen ... 6=täysin autettava) kognitiivisen toimintakyvyn ja palvelurakenteen mukaan.

Lähde: RAI-tietokanta, Stakes 2008.





Harriet Finne-Soveri,  
LT, geriatrian erikoislääkäri, ylilääkäri,  
CHESS

Vanhustenhuollon vertailukehittämishanke (Noro ym. 2005, Finne-Soveri ym. 2006) on osoittanut, että ikääntyvien säännöllisen palvelujen käytön tärkeimpänä syynä ovat kognition ongelmat. Kotihoidon asiakkaista 60 prosentilla, tavallisessa palveluasumisessa 75 prosentilla ja tehostetussa palveluasumisessa sekä pitkäaikaisessa laitoshoidossa yli 90 prosentilla on jonkin asteinen kognitiovaje. Kun kognition vaje suurenee, myös fyysisen avun tarve lisääntyy samansuuntaisesti kaikissa palvelutyypeissä (Kuvio 2). Kun asiakkaalla on keskivaikea kognition vaje, hänellä on myös suurempi avun tarve fyysisissä toiminnoissa. Suurempi avun tarve tarkoittaa kahden henkilön apua ja se on suurin silloin, kun asiakkaalla on vaikea tai erittäin vaikea kognition vaje.

Ikääntyvien määrän lisääntyessä tarvitaan erilaisia tapoja tarjota palvelua sekä tehdä kotona asuminen mahdolliseksi erilaisin yhdyskuntasuunniteluin ja teknologisin toimenpitein. Nykyinen avo- ja laitoshoidon jako on asiakkaiden ongelmien ja avuntarpeen perusteella tarkasteltuna keinotekoinen. Jatkossa palveluja suunniteltaessa on vielä tarkemmin otettava huomioon asiakkaiden moninaiset ongelmat, tärkeimpinä kognitiovajeet. Palvelujen tulisi olla itsenäisyyttä edistäviä ja ylläpitäviä ja sisältää kuntouttavia hoitoratkaisuja. Lisäksi ikääntyneiden palveluihin tulee saada riittävästi hyvin koulutettua ja motivoitunutta henkilöstöä. ■

Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, Noro A. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – Rai järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, M223, 2006.

Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P (toim). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Raportteja M205, 2005.  
Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki 2008.

*Perinteisesti vanhuspalvelut on järjestetty siten, että avun tai hoidon tarpeen kasvaessa sovittuun määrään asti, iäkäs on joutunut muuttamaan toiseen asuntoon tai asumismuotoon. Nykyisessä asumistapaan perustuvassa palvelujärjestelmässä on vain viisi kustannuksiltaan erilaista porrasta. Jokaiselta kuitenkin löytyy myös samanlaisia asiakkaita. Voimavarat voidaan nykyisin kohdentaa tarkemmin arvioimalla asiakkaiden terveydentila sekä älyllinen ja fyysinen toimintakyky Rai-järjestelmän avulla.*

## Vanhuspalvelut tuotettava yksilökeskeisesti ja tehokkaasti

Oheinen kuvio osoittaa sekä asiakasrakennetta että mitoitusta kuvaavien lukujen kasvavan alhaalta ylöspäin eli tarjolla olevan henkilöstön määrä ja osaamistaso ovat sitä korkeampia mitä heikompia ovat asiakkaiden terveydentila, kognitio ja toimintakyky. Sama, mutta tarkempi tulos voidaan saavuttaa hyödyntämällä Rai-järjestelmään sisältyvää Resource Utilization Groups-III/34-ryhmittelyä, joka mahdollistaa voimavarojen tarkemman kohdentamisen jopa 34 kustannustasoltaan erilaiseen ryhmään. Palvelupaketit voidaan räätälöidä kustannustehokkaammin ja iäkäs asua kotonaan kauemmin. ■

### Terveyskeskus, pitkäaikaishoito

- Asiakasrakenne: Kp=1,20, ADL=4,4, CPS=4,0
- Henkilöstömitoitus hoidettavaa kohti: 0,69
- Sairaanhoidtajia: 33,6%

### Vanhainkoti

- Asiakasrakenne: Kp=1,03 ADL=3,6, CPS=3,5
- Henkilöstömitoitus hoidettavaa kohti:0,66
- Sairaanhoidtajia: 23,9%

### Tehostettu palveluasuminen (ympäri vuorokautinen hoito)

- Asiakasrakenne: Kp=0,82, ADL=2,6 CPS=3,2
- Henkilöstömitoitus hoidettavaa kohti:0,57
- Sairaanhoidtajia: 15,2%

### Palveluasuminen (ei ympärivuorokautista hoitoa)

- Asiakasrakenne: Kp valmis 2009, ADL=1,25, CPS=1,87
- Henkilöstömitoitus hoidettavaa kohti: 0,36
- Sairaanhoidtajia: 16,5%

### Kotihoito

- Asiakasrakenne: Kp valmis 2009 ADL=0,68 CPS=1,28
- Henkilöstömitoitus hoidettavaa kohti: Valmis 2009
- Sairaanhoidtajia: Valmis 2009

**Kp Kustannuspaino**, asteikko 0,42–2,52, jossa 0,42 on vähiten ja 2,52 kallein luokka.

**ADL, päivittäiset toiminnot**, asteikko 0–6, jossa 0 on itsenäinen suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista ja 6 täysin autettava.

**CPS**, kognitioasteikko 0–6, jossa 0 on normaali kognitio ja 6 on erittäin vaikea dementia.

**Vanhuspalveluiden avo- ja laitoshoidon porrastukseen liittyviä tunnuslukuja Suomessa 2007.**

Lähde: Rai-tietokanta, Stakes 2008.

Hennamari Mikkola ja Mikko Peltola, CHES

# Hoitotakuusta 3 vuotta

## – leikkausmäärien kasvu pysähtynyt

*Hoitotakuun ensimmäisen vuoden 2005 jälkeen lähes kaikkia jonotettuja toimenpiteitä on tehty vähemmän. Ainoastaan polven nivelkierukkaleikkausten ja olkapään toimenpiteiden määrä kasvoi myös vuonna 2007. Vuonna 2007 yli kuusi kuukautta jonottaneita oli hieman vähemmän kuin vuotta aiemmin, mutta edelleen heitä oli yli 10 prosenttia leikatuista. Jonotusajat ovat joissakin toimenpiteistä alkaneet uudelleen kasvaa, eniten kaihileikkauksissa keskimäärin 22 vuorokautta vuodesta 2006.*

Yli kuusi kuukautta jonottaneiden määrä ei vähentynyt 2007 enää yhtä paljon kuin 2006. Keskimääräiset jonotusajat (mediaani) eivät enää laskeneet yhtä rivakasti, vaan olivat pikemminkin nousussa. Hoitotakuun tavoiteaikoihin oli parhaiten päästy nielurisaleikkauksissa, missä yli kuusi kuukautta jonottaneita oli noin kaksi prosenttia leikatuista. Polven tekonivelleikkauksiin ja jalkaterän luuleikkauksiin jonottaneita oli edelleen yli viidennes leikatuista. Vaikka jonotusaika polven tekonivelleikkaukseen oli lyhentynyt viisi vuorokautta, se oli edelleen pisin, keskimäärin 142 vuorokautta.

Vaikka leikkausten määrä on laskussa, toimenpiteitä tehdään huomattavasti enemmän kuin ennen hoitotakuuta. Esimerkiksi olkapään toimenpiteitä tehtiin vuonna 2007 yli 50 prosenttia ja polven tekonivelleikkauksia yli 40 prosenttia enemmän kuin ennen hoitotakuuta.

Kuntien ja kuntayhtymien ostot yksityissektorilta eivät ole lisääntyneet enää vuodesta 2006, sillä lähetteen määrä julkiselta yksityiselle sektorille väheni hieman vuonna 2007. Ainoastaan kaihileikkauksissa lähetteen määrä yksityissektorille kasvoi hieman, ja oli vajaat neljä prosenttia kaikista lähetteisistä. Polven tekonivelleikkauksissa lähetteen määrä yksityissektorille oli edelleen suurin, runsaat 15 prosenttia.

### Hoitotakuu lisäsi ortopedisiä toimenpiteitä

Vuosien 1998–2006 paneeliaineistolla analysoitiin hoitotakuun vaikutuksia niiden leikkausten määriin, joissa ennen hoitotakuuta oli pisimmät jonot.

Kuudessa toimenpideryhmässä hoitotakuu kasvatti leikkausten määrää. Eniten hoitotakuu vaikutti olkapään toimenpiteisiin, polven tekonivelleikkauksiin ja vaivasenluuleikkauksiin.

### 14 jonotetuinta toimenpidettä 2004–2007.

	2004	2005	2006	2007
Kaihileikkaukset	36 804	40 543	36 558	37 026
Polven tekonivelleikkaukset	5 905	8 109	9 066	8 328
Nivustyräleikkaukset	11 041	12 278	11 169	10 257
Sappirakon leikkaukset	6 576	7 316	6 528	5 734
Suonikohjuleikkaukset	7 803	7 661	6 511	5 393
Polven nivelkierukkaleikkaukset	11 505	13 239	14 105	14 760
Lonkan tekonivelleikkaukset	5 199	6 155	6 506	6 052
Nielurisaleikkaukset	15 463	13 532	13 319	14 206
Ääreishermoston kohdistuvat toimenpiteet	7 447	9 034	9 545	9 193
Jalkaterän luuleikkaukset	2 908	3 376	3 493	3 405
Virtsan karkailuun liittyvät toimenpiteet	2 536	2 001	1 481	1 165
Nenän väliseinään liittyvät toimenpiteet	2 333	2 477	2 077	1 927
Kohdunpoistot	4 652	4 528	3 867	3 488
Olkapään toimenpiteet	5 362	6 588	7 675	8 148
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>125 534</b>	<b>136 837</b>	<b>131 900</b>	<b>129 082</b>



kuva: Antero Aaltonen



Timo Seppälä,  
erikoistutkija, CHES

# Julkiselle vai yksityiselle? Palvelusetelillä lisää hyvinvointia

*Alttius hakeutua kiireettömiin leikkauksiin yksityissektorille riippuu tuloista.*

*Palveluseteli nostaa saajansa suhteellista tulotasoa, lyhentää julkisten palveluiden jonoja ja siten nopeuttaa kaikkien potilaiden hoitoon pääsyä. Se lisää myös kansalaisten hyvinvointia ja yksityissektorin palvelutarjontaa.*

Neljässä toimenpideryhmässä hoitotakuu vähensi leikkausten määrää, esimerkiksi virtsankarkailuun liittyvät toimenpiteet vähenivät reilun kolmanneksen.

Hoitotakuu lisäsi erityisesti ortopedisiä toimenpiteitä ja niitä, joissa oli pisimmät jonotusajat jo ennen hoitotakuuta. Kaihileikkausten määrä ei kasvanut enää vuonna 2006. Niiden määrä oli kasvanut voimakkaasti jo ennen hoitotakuuta hoitokäytäntöjen muuttuessa avohoitopainotteiseksi. Toisaalta toimenpiteissä, joiden määrää hoitotakuu ei lisännyt, keskimääräiset jonotusajat lyhenivät huomattavasti. Käytännössä jonotusajat lyhenivät siis myös muilla keinoilla kuin toimenpiteiden määrää lisäämällä tai ostamalla toimenpiteitä yksityissektorilta tai toisesta sairaanhoitopiiristä. Jonotusajat lyhenivät todennäköisesti jonojen uudelleen organisoinnilla. ■

**Tutkimusaineistona käytettiin** Stakesin hoitoilmoitusaineistoa leikkaustoimenpiteistä 1998–2006. Jonotetuimmat toimenpideryhmät määriteltiin toimenpiteistä, joissa oli määrällisesti eniten yli kuusi kuukautta jonottaneita.

Aineiston perusteella päädyttiin muodostamaan 14 toimenpideryhmää, joiden oletettiin vastaavan hoitotakuukriteereiden ei-kiireettömiä leikkaustoimenpiteitä. Aineistosta muodostettiin 14 erillistä sairaanhoitopiiritason paneeliaineistoa (N=20, T=9).

Selitettävänä muuttujana tilastollisissa analyyseissä oli leikkaustoimenpiteiden määrästä muodostettu ikä- ja sukupuolivakioitu indeksi. Hoitotakuun vaikutusta testattiin dummy-muuttujan avulla, joka muodostettiin hoitotakuun jälkeisille vuosille 2005–2006. Leikkaustoimenpiteiden ajallista kasvua kontrolloitiin lineaarisen trendin avulla.

Tilastojen perusteella hoitotakuun vaikutusten arviointi on suhteellisen luotettavaa, sillä Suomessa ei ole ollut käynnissä samanaikaisesti mitään sellaista uudistusta, joka olisi olennaisesti vaikuttanut leikkausmäärien kehitykseen.

Ei-kiireellisen leikkauksen tarpeessa oleva potilas joutuu jonottamaan pääsyä julkiseen terveydenhuoltoon usein jopa kuusi kuukautta ja pidempäänkin. Yksityisellä sektorilla leikkaukseen pääsee nopeasti, mutta potilas joutuu itse maksamaan toimenpiteestä monin verroin enemmän kuin julkisella sektorilla. Sairausvakuutuskorvauksen alaisuudesta johtuen kaikki halukkaat eivät voi hakeutua yksityiselle.

Vähäinen hakeutuminen leikkauksiin yksityisellä sektorilla ja julkisen terveydenhuollon pitkähköt jonotusajat antavat aiheen pohtia olisiko palvelusetelin laajemmalla käytöllä mahdollisuuksia lisätä oikeudenmukaisuutta, vaikuttavuutta ja yhteiskunnan hyvinvointia. Jos suurempi maksuhalukkuus, eli korkeammat tulot, lisäävät alttiutta hakeutua toimenpiteeseen yksityiselle sektorille, toimenpiteen kulut osittainkin kattavan palvelusetelin tarjoaminen kaikille potilaille nostaisi potilaan suhteellista tulotasoa ja siten lisäisi yksityiselle sektorille hakeutuvien potilaiden lukumäärää. Yksityissektorin kysynnän lisäys lyhentäisi tällöin jonotusaikaa julkisessa terveydenhuollossa. Suuremman maksuhalukkuuden potilaat parantaisivat omaa hyvinvointiaan heikentämättä muiden potilaiden hoitoon

pääsyä. Palvelusetelijärjestelmä voisi siis kasvattaa yhteiskunnan hyvinvointia, koska sekä yksityiselle että julkiselle sektorille hakeutuvien hyvinvointi kasvaisi. Myös oikeudenmukaisuus lisääntyisi, koska potilaiden hoitoon pääsyn tuloriippuvuus vähenisi nykyjärjestelmään verrattuna.

## Teoreettinen pohdinta saa tukea empiirisen tutkimuksen tuloksista

Tutkimusessamme tulotaso lisäsi merkittävästi henkilön alttiutta hakeutua toimenpiteeseen yksityissektorille. Helsingiläiset ja miehet hakeutuivat yksityiseen leikkaukseen alttiimmin kuin Espoossa tai Vantaalla asuvat sekä naiset. Ikä ei vaikuttanut valintaan yksityisen ja julkisen tuottajan välillä. Avioliitossa eläviin, eronneiden sekä leskien todennäköisyys valita yksityinen palveluntarjoaja oli pienempi kuin naimattomilla. Palvelusetelin nostaessa kiireettömän potilaan suhteellista tulotasoa, se lisää hoitoon hakeutumista yksityiselle sektorille lisäten yhteiskunnan hyvinvointia ja oikeudenmukaisuutta. ■

Tutkimus on VATTin ja CHESin yhteishanke. Tutkimusryhmän muodostavat Ville Mäkelä VATTista sekä Timo Seppälä, Mikko Peltola ja Hennamari Mikkola CHESistä.

### PALVELUSETELI

Palveluseteli antaa potilaalle valintamahdollisuuden hakeutua hoitoon julkiselle sektorille maksutta (pl. asiakasmaksut) tai käyttää seteliä vastaavan toimenpiteen hankintaan yksityiseltä sektorilta, jolloin potilas maksaa mahdolliset setelin arvon ylittävät kulut itse.

### AINEISTO

Helsingin, Espoon ja Vantaan kattava, 32 348 henkilön otosaineisto vuosina 2000–2006. Aineiston henkilöt olivat olleet vähintään yhdessä ei-kiireellisessä toimenpiteessä, josta tiedettiin oliko se tehty yksityisellä tai julkisella sektorilla.

### SELITETTÄVÄ

Yksilön hakeutuminen toimenpiteeseen yksityiselle sektorille.

### SELITTÄJÄT

Tuloluokka, siviilisääty, ikä, sukupuoli, kieli sekä asuinkunta.



Satu Kapiainen ja Hennemari Mikkola, CHESS

*Terveystenhuollon asiakasmaksuista ja lääkemenosta kertyy monille pienituloisille raskas maksutaakka, jota edes nykyiset maksukatot eivät poista. Maksukattojen yhdistäminen voisi olla yksi keino helpottaa paljon sairastavien taloudellista ahdinkoa. Yhdistämisestä hyötyisivät etenkin useamman maksukaton ylittäneet henkilöt.*

# Maksukattojen yhdistämisestä apua kohtuuttomiin maksutaakoihin

Asiakkaan maksamille lääke- ja matkakustannuksille sekä kunnallisten palvelujen asiakasmaksuille on määritelty enimmäismäärät eli maksukatot. Maksukattojen omavastuista voi kuitenkin kertyä 1 390 euron vuosittainen lasku. Kaikilla maksusuus ei jää edes tähän. Esimerkiksi lyhytaikaisesta laitoshoidosta asiakas maksaa katon ylittymisen jälkeen jokaiselta hoitopäivältä 14 euron ylläpitomaksun.

Vuonna 2006 kunnallisen maksukaton ylittäneitä henkilöitä oli noin 85 000, lääkekaton ylittäneitä 160 000 ja matkakaton ylittäneitä 34 000. Maksukatot ylittyivät pääosin iäkkäillä, pienituloisilla ja sairailla. Maksukattojen kustannukset kunnille ja sairausvakuutukselle olivat yhteensä vajaat 200 miljoonaa euroa.

Kunnallisen ja sairausvakuutuksen maksukattojen yhdistäminen yhdeksi maksukatoksi hyödyttäisi monia etenkin useamman maksukaton ylittäneitä henkilöitä. CHESSin tutkimuksen mukaan vuonna 2006 kunta- ja lääkekaton ylittäneitä henkilöitä oli 19 400, kunta- ja matkakaton ylittäneitä 3 200, lääke- ja matkakaton ylittäneitä 2 500 sekä kaikkien kolmen matkakaton ylittäneitä 1 900. Yhdistetystä maksukatosta hyötyisivät myös monet yhden katon ylittäneet.

## Maksukatot voidaan yhdistää monella tavalla

Vuoden 2006 menotasossa kustannusneutraali kaikille samansuuruinen yhdistetty maksukatto (kunta- ja lääkekatto) olisi noin 760 euroa vuodessa ja sen ylittäisi 216 000 henkilöä. Tällä hetkellä pelkän lääkekaton ylittäneistä 86 prosentilla ja pelkän kuntakaton ylittäneistä 95 prosentilla ylittyisi yhdistetty 760 euron

maksukatto. Lisäksi noin 24 000 henkilöä, joilla nykyjärjestelmässä ei ylity yksikään erillinen maksukatto, ylittäisi yhdistetyn maksukaton.

Valtionveronalaisiin tuloihin sidottu maksukatto olisi kustannusneutraali, jos maksukatto olisi 4,5 prosenttia tuloista, mutta kuitenkin vähintään 630 euroa ja enintään 1 000 euroa. Tässä vaihtoehdossa 45 prosentilla suomalaisista maksukatto olisi 630 euroa ja 40 prosentilla 1 000 euroa. Kaikille tasasuuruiseen maksukattoon verrattuna tulositonnaisesta maksukatosta hyötyisivät erityisesti pienituloiset.

Potilaan kustannuksiin perustuvassa maksukatossa on vuotuinen alkuomavastuu, johon asti asiakkaat maksavat itse lääkkeensä ja asiakasmaksunsa. Tämän jälkeen kustannukset korvataan prosenttiperusteisesti siten, että kustannusten kasvaessa kasvaa myös korvasprosentti.

Maksukatto voi olla myös erisuuruinen eri väestöryhmille. Esimerkiksi lapsilla ja eläkeläisillä maksukatto voi olla muita alhaisempi.

Paljon sairastavien taloudellista ahdinkoa voidaan helpottaa muillakin keinoin. Kuten esimerkiksi säätämällä asiakasmaksuja tai ns. kunnallisia välikattoja tai määrittelemällä sairaalahoidolle enimmäisaika, jolta hoitopäivämaksua saa periä. ■

CHESSin tutkimusryhmä (Hennemari Mikkola, Satu Kapiainen, Mikko Peltola, Markku Pekurinen, Timo Seppälä, Ulla Tuominen, Unto Häkkinen) selvittää sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta vaihtoehtoja maksukattojen yhdistämiselle.

## KUNNALLINEN MAKSUKATTO

(590 euroa) on ollut käytössä vuodesta 2000 lähtien. Maksukattoon sisältyvät terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelut, fysioterapia, sarjahoido, sairaalan poliklinikkamaksut, päiväkirurgian maksu sekä lyhytaikaisen laitoshoidon maksut.

Kunnallisen maksukaton sisällä on käytössä ns. välikattoja terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluissa (peritään enintään kolmelta ensimmäiseltä käynniltä kalenterivuodessa), sarjahoidossa (peritään enintään 45 hoitokerralta kalenterivuodessa) ja alle 18-vuotiaiden lyhytaikaisessa laitoshoidossa (peritään enintään seitsemältä hoitopäivältä kalenterivuodessa).

**LÄÄKEKATTO** (643,14 euroa) tuli voimaan vuonna 1986. Jos vakuutetulle korvaamatta jääneet lääkekustannukset ylittävät samana kalenterivuonna lääkekaton, ylimenevä osa korvataan kokonaan. Lääkekaton ylittymisen jälkeen jokaisesta lääkeostoksesta peritään kuitenkin 1,5 euron suuruinen omavastuu.

**MATKAKATTO** (157,25 euroa) tuli voimaan vuonna 1988. Jos sairauden tai Kelan kuntoutuksen vuoksi tehtyjen matkakustannusten omavastuuosuudet ylittävät kalenterivuoden aikana matkakaton, Kela korvaa ylittävän osan kokonaan. Potilaan omavastuuosuus ennen katon täyttymistä on 9,25 euroa matkalta.

# Korkean työllisyyden kunnat panostavat terveydenhuoltoon – köyhät kunnat karsivat menoja

## Kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon menokehitystä 1993–2004 selittävät tärkeimmät tekijät.

Tekijä	Tekijän vaikutuksen suunta ja tilastollinen merkitsevyys
Miesten osuus (%) väestöstä	
• 7–17-vuotiaat	– *
• yli 84-vuotiaat	+ **
Naisten osuus (%) väestöstä	
• 0–6-vuotiaat	– **
• 18–40-vuotiaat	– *
• 65–74-vuotiaat	– **
• yli 84-vuotiaat	+ ***
Asukasluku	– ***
Asukastiheys	+ **
Alle 55-vuotiaat työkyvyttömyyseläkeläiset	+ **
Työlliset (%) yli 17-vuotiaista	+ **
Kunnallisveroprosentti	– **
Hammaslääkäripalveluista maksetut sairausvakuutuskorvaukset (1 000 eur)	– *
Lääkkeistä maksetut sairausvakuutuskorvaukset (1 000 eur)	+ ***
Yleinen valtionosuus (1 000 eur)	+ **
Sosiaali- ja terveystoimen valtionosuus (1 000 eur)	– ***
Mallin selitysaste	90,60 %

### TULKINTA:

Tekijä vaikuttaa lisäävästi (+) tai vähentävästi (–) kunnan terveyden- ja vanhustenhuollon menokehitykseen. Tilastollinen merkitsevyys: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Mallin muut selittävät tekijät olivat seitsemän muuta ikä- ja sukupuoliryhmää, aluesairaalan ja terveyskeskuksen fuusio, korkeakoulutettujen osuus yli 17-vuotiaista, kuntalaisten käytettävissä olevat tulot, yksityislääkärissä käyntien ja yksityisen hoidon ja tutkimuksen sairausvakuutuskorvaukset, 11 vuosimuuttujaa ja 414 kuntamuuttujaa.

Selitettävä muuttuja, terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot (1 000 eur), oli logaritmoidussa muodossa. Menokehitystä analysoitiin kaksisuuntaisella kiinteiden vaikutusten regressiomallilla.

Eniten kuntien terveystenomenoja lisäävät yli 84-vuotiaat naiset. Menot lisääntyvät myös kunnissa, joissa työkyvyttömyysaste ja lääkekustannukset ovat korkeita. Kunnan hyvä työllisyysaste lisää terveystenomenoja, mikä voi selittyä sillä, että työllisten tuomat työtulot parantavat kunnan taloudellista asemaa ja mahdollisuuksia panostaa palveluihin. Köyhät kunnat joutuvat turvaamaan palvelut nostamalla kunnallisveroa. Korkea kunnallisvero ei kuitenkaan takaa laadukkaita palveluja ja muita kuntia parempia mahdollisuuksia panostaa terveydenhuoltoon.

CHESsissä käynnissä olevassa tutkimuksessa analysoidaan kuntien terveystenomenojen kehitykseen vaikuttaneita tekijöitä vuosina 1993–2004. Tutkimusaineistona ovat kuntien perusterveyden- ja vanhustenhuollon sekä erikoissairaanhoidon käyttömenot vuosina 1993–2004. Asukasta kohti laskettuja kiinteähintaisia terveydenhuoltomenoja selitetään kuntakohtaisilla demografisilla, sosioekonomisilla ja organisaatiotekijöillä. Tutkimuksen perusteella parhaaksi todettu malli selitti lähes 91 prosenttia kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon menojen vaihtelusta vuosina 1993–2004.

Kuntien menokehitystä selittävät tekijät ja niiden merkitsevyys on esitetty tiivistetysti oheisessa taulukossa. ■

CHESsin tutkimusryhmä Unto Häkkinen, Henna-Mari Mikkola, Lien Nguyen, Markku Pekurinen, Gunnar Rosenqvist



Lien Nguyen,  
erikoistutkija,  
CHES

Mikko Peltola, tutkija, CHESS

# Uusilla tarvetekijöillä lisää luotettavuutta alueellisiin menovertailuihin

*Kuntien ja sairaanhoitopiirien terveyden- ja vanhustenhuollon menovertailuissa käytetyt tarvetekijät on arvioitu uudelleen. Uudet tarvetekijät perustuvat yksilötason tietoihin, kun aiemmin käytetyt perustuivat kuntatason tietoihin. Uusia tarvetekijöitä käytetään CHESSin tuottamissa alueellisissa menovertailuissa kuntien asukkaiden palvelutarpeen arviointiin ja menojen tarvevakiointiin. Tarvetekijöiden uudistamistarvetta on arvioitu osana valtionosuusjärjestelmän uudistamista koskevaa tutkimusta.*

## TERVEYDENHUOLTO

### IKÄ

- 0
- 1–17
- 18–39 (naiset ja miehet erikseen)
- 40–64
- 65–74
- 75–84
- 85–

### SAIRASTAVUUS

- diabetes
- epilepsia
- psykoosit
- sydämen vajaatoiminta
- reuma
- keuhkoastma
- verenpainetauti
- sepelvaltimotauti
- sydämen rytmihäiriö
- haavainen paksusuolentulehdus ja Crohnin tauti
- dementia
- syövät
- neurologiset sairaudet (MS-tauti, Parkinsonin tauti)
- alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyys

### MUUT TEKIJÄT

- koulutus
- työllisyys
- yksinasuminen

## VANHUSTENHUOLTO

### IKÄ

- 65–74
- 75–84 (naiset ja miehet erikseen)
- 85– (naiset ja miehet erikseen)

### SAIRASTAVUUS

- diabetes
- epilepsia
- psykoosit
- sydämen vajaatoiminta

- dementia

- neurologiset sairaudet (MS-tauti, Parkinsonin tauti)

### MUUT TEKIJÄT

- naimaton 80 vuotta täyttänyt

**Terveyden- ja vanhustenhuollon uudet tarvetekijät.**

Tärkein muutos aikaisemmin käytettyihin tarvetekijöihin on sairastavuuden mittaaminen suoraan usealla sitä kuvaavalla tekijällä. Aikaisemmin sairastavuutta kuvattiin epäsuorasti työkyvyttömyyseläkkeillä. Sairastavuustiedot perustuvat Kelan tuottamiin tietoihin voimassa olevista lääkkeiden erityiskorvausoikeuksista. Uudet tarvetekijät on esitetty oheisessa taulukossa.

Vaikka uudet tarvetekijät poikkeavat huomattavasti vanhoista, siitä huolimatta terveyden- ja vanhustenhuollon yhdistetty tarvekerroin tuottaa hyvin samansuuntaisia tuloksia kuin aiemmin käytetty tarvekerroin. Terveydenhuollon uudet ja vanhat tarvekertoimet eivät poikkea toisistaan kovinkaan paljon, vanhustenhuollon tarvekertoimet poikkeavat yksittäisten kuntien kohdalla hieman terveydenhuollon kertoimia enemmän. Käytännön vertailuissa suositellaan käytettäväksi terveyden- ja vanhustenhuollon yhteistä tarvekerrointa. Siinä terveydenhuolto painottuu selvästi vanhustenhuoltoon enemmän, mikä kuvastaa näiden toimintojen osuutta kuntien kokonaismenoissa. ■

**Tutkimuksessa analysoitiin** terveydenhuollon tarvetekijöiden määrittämistä varten noin 300 000 suomalaisen terveyspalveluiden käytön kustannukset yksityiskohtaisesti vuonna 2006. Vanhustenhuollon tarvetekijöiden määrittämistä varten analysoitiin yksityiskohtaisesti 80 000 65 vuotta täyttäneen henkilön palvelujen käyttöä ja kustannuksia. Stakesin rekisteritietojen lisäksi käytettiin yksilötason tietoja terveyskeskusten avohoidosta, kotihoidosta, kotipalveluista ja kotisairaanhoidosta sekä Kelan myöntämistä lääkkeiden erityiskorvausoikeuksista. Lisäksi hyödynnettiin Tilastokeskuksen työssäkäyntitilastosta ja kuolemansyrekisteristä saatavia yksilötason tietoja. Palveluiden käyttöä tarkasteltiin päiväkohtaisesti. Palveluiden kustannukset arvioitiin palveluiden yksikkökustannusten avulla.

Tutkimuksessa terveydenhuoltoon kuuluvat somaattinen erikoissairaanhoido, psykiatrinen hoito, perusterveydenhuollon avohoito ja vuodeosastohoito (pl. 65 vuotta täyttäneiden pitkäaikainen vähintään 90 vrk:n vuodeosastohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla). Vanhustenhuollon palveluita ovat vanhainkodit, palvelutaloasuminen, kotipalvelut, kotihoito, kotisairaanhoido sekä 65 vuotta täyttäneiden pitkäaikainen vuodeosastohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Tutkimuksessa palvelujen käytön kustannuksiin vaikuttavia tekijöitä tutkittiin yksityiskohtaisesti myös toiminnoittain (somaattinen erikoissairaanhoido, psykiatrinen hoito, terveydenhuollon avohoito, terveydenhuollon vuodeosastohoito).

CHESSin tutkimusryhmä Unto Häkkinen, Lien Nguyen, Markku Pekurinen, Mikko Peltola.



Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A, Leinonen E. Use of antipsychotics in older home care patients in Finland 2004. *Drugs Aging* 2008, 25(4), 335–42.

Finne-Soveri H. Kipu. Teoksessa Hartikainen S, Lönnroos (toim.) *Geriatra*. Edita 2008, ss. 189–209.

Finne-Soveri H, Noro A, Jonsson Palmi V, Ljunggren Gunnar G, Vengnes E, Jensdóttir A-B, Björkgrén M, Lindman K, Schroll M, Wergeland S. Liv. Nord RAI Network and Research in the Care for Older People Final Report 1998–2008. *Stakes Raportteja* 27/2008. Verkkojulkaisu. Helsinki.

Forma L, Rissanen P, Noro A, Raitanen J, Jylhä M. Health and social service use among old people in the last 2 years of life. *European Journal of Ageing* 2007, 4, 145–154. DOI 10.1007/s10433-007-0054-4.

Gray LC, Bernabei R, Berg K, Finne-Soveri H, Fries BE, Hirdes JP, Jonsson PV, Morris JN, Steel K, Arino-Blasco S. Standardizing assessment of elderly people in acute care: The interRAI acute care instrument. *J Am Geriatr Soc* 2008 Mar, 56(3), 536–41.

Heikkilä R, Finne-Soveri H, Ripsaluoma J, Parikka A, Suojalehto E, Noro A. Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI-järjestelmällä arvioituna 2006–2007. *Stakes Raportteja* 13/2008. Helsinki.

Hujanen T, Kapiainen S, Tuominen U, Pekurinen M. Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. *Stakes Työpapereita* 3/2008. Helsinki.

Häkkinen U, Martikainen P, Noro A, Nihtilä E, Peltola M. Aging, health expenditure, proximity to death and income in Finland. *Health Economics, Policy and Law* 2008, 3, 165–195.

Jensdóttir AB, Jonsson PV, Noro A, Jonsén E, Ljunggren G, Finne-Soveri UH, Schroll M, Grue EV, Björnsson J. Comparison of nurses' and physicians' documentation of functional abilities of older patients in acute care – patient records compared with standardized assessment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2008, 22, 341–347.

Junnilla M-L. Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista. *Stakes, Tutkimuksia* 175. Helsinki 2008.

Kittelsen SAC, Magnussen J, Anthun KS, Häkkinen U, Linna M, Medin E, Olsen KR, Rehnberg C. Hospital productivity and the Norwegian ownership reform. A Nordic comparative study. *Stakes, Discussion papers* 3/2008. Helsinki.

Klavus J, Kapiainen S, Nguyen L, Pekurinen M. Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset. Teoksessa Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M (toim.). *Suomalaisten hyvinvointi* 2008. *Stakes*. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala 2008, ss. 178–190.

Linna M. Terveystaloustieteellinen tutkimus Suomessa. *Therapia* 3/2008, ss. 12–13.

Linna M, Vitikainen K. Opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamat kustannukset sairaaloille vuosina 2004–2006. *Stakes, Työpapereita* 34/2008.

Moilanen J, Knappe N, Häkkinen U, Hujanen T, Matveinen P. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 1995–2005. OECD:n terveystilinpitojärjestelmän (SHA, System of Health Accounts) käyttöönotto kansallisessa tilastoinnissa. Loppuraportti. *Stakes Raportteja* 16/2008. Helsinki 2008.

Nguyen L. Dental service utilization, dental health production and equity in dental care: the Finnish experience. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Research Report 173. Helsinki 2008.

Nguyen L, Häkkinen U, Knuuttila M, Järvelin M-R. Should we brush twice a day? Determinants of dental health among young adults in Finland. *Health Economics* 2008, 17, 267–286.

Nihtilä E, Martikainen P, Koskinen S, Reunanen A, Noro A, Häkkinen U. Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *European Journal of Public Health* 2008, 18, 77–84.

Noro A, Finne-Soveri H. Vanhustenhoitoon etsitään hyviä hoitokäytäntöjä. *Sairaala, Terveys ja talous* 2008, 2, 35–37.

Ouweland AC, Bergsma N, Parhiala R, Lahtinen S, Guimonde M, Finne-Soveri H, Strandberg T, Pitkälä K, Salminen S. Bifidobacterium microbiota and parameters of immune function in elderly subjects. *FEMS Immunol Med Microbiol*. 2008 Mar 10.

Pekkarinen L, Sinervo T, Elovainio M, Noro A, Finne-Soveri H. Drug use and pressure ulcers in long-term care units: do nurse time pressure and unfair management increase the prevalence? *Journal of Clinical Nursing* 2008, 17, 3067–3073.

Pekurinen M. Kunta ei rikastu terveyskeskusmaksuilla. *Dialogi* 2008, 4, 13.

Pekurinen M. Maija ja omakuski. *Dialogi* 2008, 2, 17.

Pekurinen M. Millaisin eri keinoin voidaan vaikuttaa terveyteen, ja millaisin seurauksiin. Teoksessa ”Terveyden edistämisen eettiset haasteet”, *ETENE-julkaisuja* 19. Helsinki 2008, s. 42.

Pekurinen M. Mitä MS-tauti maksaa. *Avain – neurologinen aikakauslehti* 2008, 3, 34–36.

Pekurinen M. Nyt fuusioitutaan. *Dialogi* 2008, 6, 17.

Pekurinen M. Sairauksien kustannusten arviointi ja tulkinta on taitolaji. *Lääkkeit & Terveys* 2008. *Läaketietokeskus Oy*. Helsinki 2008, ss. 128–132.

Pekurinen M. SOSTERI sykkii tavallaan. *Sosterin Syke* 1/2008, 6–7.

Pekurinen M. Terveydenhuollon rahoitus ei ratkea poppakonsteilla. *Yksityislääkärilehti* 2008, 3, 18.

Pekurinen M. Terveyspalvelujen asiakasmaksuja pitäisi arvioida uudelleen. *Helsingin Sanomat*. Vieraskynä 30.5.2008.

Pekurinen M. Tuottavuustietoja ei analysoida hetkessä. *Mediutiset* 2008, 9 (29.2.2008), 4.

Saarela T, Finne-Soveri H, Liedenpohja AM, Noro A. Do we need psychogeriatric units in long-term institutional care for elderly people. *Nord J Psychiatry* 2008, 62(1), 32–8.

Seppälä T. Tutkimuksia varallisuuden ja terveyden elinkaarisuunnittelun aikaopijohdon mukaisuuksista: behavioristisen taloustieteen lähestymistapa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 4/2008 (painossa).

Seppälä T, Hartikainen J, Häkkinen U, Juntunen M, Linna M, Nikus K, Pelanteri S, Peltola M, Rauhala A, and Vento A. PERFECT – Ohitusleikkaus ja pallolajajennus. Toimenpiteiden kustannukset ja vaikuttavuus tuottajatasolla. *STAKES Reports* 35/2008 (painossa).

Seppälä T. Essays on Misplanning Welfare and Health: A Behavioural Approach. *Kansantaloustieteen laitoksen tutkimuksia* 110/2008.

Seppälä T, Häkkinen U, Pekurinen M. Changes in QALYs in Finland 1995/96–2004. *Stakes Discussion Papers* 2/2008. Helsinki.

Sörbye LW, Finne-Soveri H, Ljunggren G, Topinkova E, Jensdóttir AB, Bernabei R for the AdHOC Project research team. Urinary incontinence and the use of pads – clinical features and need of help in home care at 11 sites in Europe. *Scand J Caring Sci*. 2008 Sep 10.

Tuominen U. Yhtenäisen hoidon perusteita on kehitettävä. *Kuntalehti* 6/2008.

Tuominen U, Bäckman S, Rontu M-L, Siikamäki R, Pekurinen M. Psoriaasin hoitokustannukset ja elämänlaatu. *Suomen lääkärilehti* 2008, 20, 1851–1855.

Tuominen U, Pekurinen M, Bäckman S, Rontu ML. Psoriasin hoitokustannukset ja elämänlaatu. PsoriLife-tutkimuksen tuloksia. Teoksessa *Klavus J*. (toim.) *Terveystaloustiede* 2008. *Stakes Työpapereita* 2008. Helsinki.

Vahtoranta-Lehtonen H, Tuulonen A, Aronen P, Sintonen H, Suoranta L, Kovanen N, Linna M, Läärä E, Malmivaara A. Olisiko glaukooman järjestelmällisestä seulonasta hyötyä Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 2008, 63(41), 3421–3427.

Varsio S, Nordblad A, Linna M, Arpalahti I, Strömmer P, Karhunen T, Huhtala S. SUHAT-hankkeen menestystarina. Strateginen johtaminen ja benchmarking –kehittäminen 2002–2005. *Stakes Työpapereita* 5/2008. Helsinki.

Veihola M, Aroviita P, Sintonen H, Linna M, Kekomäki R. Discarded cellular components and the technical efficiency of component preparation. *European Journal of Health Economics* 2008, 9, 325–331.

Veihola M, Kekomäki R, Linna M, Sintonen H, Aroviita P. Working hours and produced cellular components as variables to evaluate blood bank efficiency. *Transfusion Medicine* 18, 241–249, 2008.

Vitikainen K, Street A, Linna M. Estimation of hospital efficiency – Do different definitions and casemix measures for hospital output affect the results? *Health Policy* 2008, doi:10.1016/j.healthpol.2008.05.012.

Vähäkangas P, Noro A, Finne-Soveri H. Daily rehabilitation nursing increases the nursing time spent on residents. *International Journal of Nursing practice* 2008, 14, 157–164.

## CHESS kansainvälisissä kongresseissa 2008:

**19th Nordic Congress of Gerontology • 25.–28. toukokuuta Oslo, Norja**

- Finne-Soveri H. Keynote lecture, *Changing quality in a nursing home*
- Finne-Soveri H. *Readmission is an alarming sign in 75+ acute care patient*
- Noro A. *MAPLe-AC predicts outcomes of acute hospital care of elderly patients*

**European Conference on Health Economics • 23.–26. heinäkuuta Rooma, Italia**

- Mikkola H. *Economic evaluation of waiting-time reform*
- Nguyen L. *A panel data analysis on the determinants of health care expenditure*
- Seppälä T. *A Public Health Care Puzzle*
- Vitikainen K. *Inpatient or outpatient - does it make a difference in terms of hospital efficiency?*

**Joint UK and Nordic Health Economists Study Group Meeting • 28.–29. elokuuta Aberdeen, Skotlanti**

- Järvelin J. *Claims and compensations for patient injuries in a no-blame insurance scheme*
- Mikkola H. *Effect of waiting time reform on the provision of surgical operations*
- Tuominen U, Blom M, Hirvonen J, Sintonen H. *Is longer waiting time associated with health outcomes and costs of medication in hip replacement patients? A randomized clinical trial*
- Vitikainen K. *Inpatient or outpatient - does it make a difference in terms of hospital efficiency?*

**Health and Innovation in Europe (EUPHA) • 6.–8. marraskuuta Lissabon, Portugali**

- Mikkola H, Pekurinen M, Tuominen U. *Effect of waiting time reform on the provision of operations* (posteri)
- Tuominen U, Mikkola H, Pekurinen M. *Operational effects of waiting time reform in specialized care* (posteri)



YRJÖ JAHNSSONIN  
SÄÄTIÖ

on 22.9.2008  
myöntänyt  
Lien Nguyenille  
apurahan  
osallistumiseen  
Sveitsissä pidettävälle  
terveystaloustieteen  
kurseille.



Maijaliisa Junnila,  
TtM (väit.),  
tulosaluejohtaja,  
Stakes-Kuntapalvelut



*Uuden terveydenhuoltoalueen myötä Mäntän seudun kuntien terveysmenot kasvoivat 3–4 prosenttia, kun muissa kunnissa kasvu oli keskimäärin 13 prosenttia. Väitöskirja-tutkimus osoittaa, että väestön tarpeisiin suhteutetut terveysmenot saatiin laskettua kuntien keskitasolle neljässä vuodessa väestön saamista palveluista tinkimättä.*

## Terveydenhuoltoalue voi hillitä kuntien terveysmenojen kasvua

Mäntän seudun väestö oli melko tyytyväinen palveluihin, mutta suhtautui palvelujen uudistamiseen kriittisesti. Erityisesti lääkäripalvelujen keskittämistä kuntakeskuksiin arvosteltiin. Muutoksista tulee tiedottaa väestölle etukäteen monipuolisesti. Palvelujen uudistaminen edellyttää myös väestön käyttötottumusten muuttumista.

Kuntapäätäjien pelot vaikutusmahdollisuuksien heikkenemisestä eivät toteutuneet. Keskeisten virkamiesten ja poliittisten päättäjien kuuluminen terveydenhuoltoaluetta ohjaavaan ohjausryhmään mahdollisti kuntien tavoitteiden toteuttamisen. Ohjausryhmä oli uusi, innovatiivinen ja tehokas tapa ohjata kuntayhtymien käytännön toimintaa.

### Tiivis yhteistyö lisää tehokkuutta

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhtenäisyyttä edistettiin monilla rakenteellisilla ratkaisuilla, mutta käytännön toiminnan yhteensovittaminen jäi vielä vähäiseksi. Tämä olisi edellyttänyt uudistavaa johtamista ja riittäviä voimavaroja muutoksen toteuttamiseen.

Perusterveydenhuollon ja paikallisen erikoissairaanhoidon järjestäminen lähipalveluna tiiviissä yhteistyössä vaativan erikoissairaanhoidon kanssa parantaa terveydenhuollon toimivuutta, taloudellisuutta ja palvelujen saatavuutta. Se tarjoaa tehokkaan keinon vähentää erikoissairaanhoidon osuutta palvelutuotannossa ja menoissa. Terveydenhuoltoalue olisi ollut vieläkin tuloksellisempi, jos vanhustenhuolto olisi ollut osa sitä.

Terveydenhuolto olisi tulevaisuudessa järjestettävä yhtenä kokonaisuutena yhdistämällä perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuolto sekä yhtenäistämällä hoitokäytännöt.

Terveydenhuoltoalue voisi olla osa jätetyn terveydenhuoltolaki ehdotuksen mukaista terveyspiiriä tai yksi tapa toteuttaa kunta- ja palvelurakenneuudistuksen mukainen yhteistoiminta-alue. Vanhusten palvelujen tulisi olla olennainen osa terveydenhuoltoaluetta tai terveyspiiriä. ■

*Maijaliisa Junnila. Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista. Stakes, Tutkimuksia 175. Helsinki 2008.*

Mäntän seudun terveydenhuoltoalue muodostettiin vuoden 2002 alussa yhdistämällä Mäntän sairaala ja Mäntän seudun terveyskeskus toiminnalliseksi kokonaisuudeksi ja osaksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä. Tutkimus kohdistui ajallisesti Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen valmisteluvaiheeseen 2000–2001 ja neljään ensimmäiseen toimintavuoteen 2002–2005.

## CHESSIN YHTEYSTIEDOT

sähköposti: [etunimi.sukunimi@stakes.fi](mailto:etunimi.sukunimi@stakes.fi)

Ryhmäpäällikkö **Markku Pekurinen**, dos., DPhil. tutkimusprofessori, puh. (09) 3967 2630; 050 367 0841

Ryhmäsihteeri **Eija Utriainen**, KM, erh suunnittelija, puh. (09) 3967 2629

**Harriet Finne-Soveri**, LT, ylilääkäri projektipäällikkö, puh. (09) 3967 2299

**Aleksandr Gerasin**, FM atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2063

**Timo Hujanen**, TtM (terveystaloustiede), esh tutkija, puh. (09) 3967 2656

**Unto Häkkinen**, dos., FT, MSc (Health Economics) tutkimusprofessori, puh. (09) 3967 2327; 050 358 1141

**Merja Juntunen**, FM atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2451

**Jutta Järvelin**, LL, MSc (Health Economics) tutkija, puh. (09) 3967 2254, vv. 31.12.08 saakka

**Satu Kapiainen**, KTM tutkija, puh. (09) 3967 2303

**Satu Kerppilä**, VTK, datanomi atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2262

**Jan Klavus**, VTT, dosentti (kansantaloustiede) tutkimuspäällikkö, vv. 31.12.08 saakka

**Miika Linna**, TkT, dosentti tutkimuspäällikkö, puh. (09) 3967 2295; 050 325 9678

**Hennamari Mikkola**, KTT (kansantaloustiede) tutkimuspäällikkö, puh. (09) 3967 2267; 050 468 6911

**Matti Mäkelä**, LT ylilääkäri, puh. (09) 3967 2110

**Lien Nguyen**, VTT (kansantaloustiede) erikoistutkija, puh. (09) 3967 2466

**Jutta Nieminen**, VM tutkija, puh. (09) 3967 2607

**Anja Noro**, THT, dosentti tutkimuspäällikkö, puh. (09) 3967 2253; 040 545 2276

**Mikko Peltola**, VTM (kansantaloustiede) atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2458

**Gunnar Rosenqvist**, tilastotieteen professori tilastotieteen asiantuntija, puh. (09) 3967 2280

**Iiris Ruuth**, VTM, datanomi atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2305

**Marianna Savolainen**, HSO-sihteeri puh. (09) 3967 2098, vv. 17.7.09 saakka

**Timo Seppälä**, VTT (kansantaloustiede) erikoistutkija, puh. (09) 3967 2145

**Ulla Tuominen**, TtM (terveystaloustiede) tutkija, puh. (09) 3967 2461; 050 339 9646

**Kirsi Vitikainen**, MSc (Health Economics) tutkija, puh. (09) 3967 2280

## CHESS ONLINE

ISSN 1459-2339

**CHESS ONLINE-lehtien verkkoversiot:**  
[groups.stakes.fi/chess/fi/chessonline.htm](http://groups.stakes.fi/chess/fi/chessonline.htm)

### Julkaisija

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes  
Terveystaloustieteen keskus CHESS

Lintulahdenkuja 4, PL 220, 00531 Helsinki  
puh. (09) 396 71  
[www.stakes.fi/chess](http://www.stakes.fi/chess)

### Päätoimittaja

Timo Hujanen, CHESS

### Taitto ja layout

Workshop Pälvä Oy, Heikki Pälvä

### Paino

KS Paino Oy  
Painos 2 500 kpl